

УДК: 616.89-008.454-053.9:616.89-008.1-055.5/.7-07(048.8)

ФЕНОМЕН СІМЕЙНОЇ ТРИВОГИ У РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ З ДЕМЕНЦІЄЮ: НАЯВНІСТЬ, СТРУКТУРА, ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЗІ СТАНОМ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ

Сеславська Є.Л.

*Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, Україна
Комунальне некомерційне підприємство «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги»
Дніпровської міської ради, Дніпро, Україна*

Метою дослідження було вивчення феномену сімейної тривоги родичів пацієнтів з деменцією (як результуючої функціонування сімейної системи), та його взаємозв'язку з їх психічним станом, для визначення, в подальшому, мішеней лікувальних і реабілітаційних заходів для даного контингенту. Було обстежено 153 родича (діти), які спільно проживали та/або здійснювали догляд за пацієнтами з деменцією. Комплексне обстеження включало здійснення клініко-психопатологічного і психодіагностичного досліджень. Клініко-психопатологічне дослідження доповнювали результатами використання шкали оцінки психопатологічної симптоматики Derogatis L. SCL-90-R, психодіагностичне здійснювали за допомогою методики «Аналіз сімейної тривоги» Ейдемільера Е., Юстицькіса В. У результаті дослідження встановлено, що у родичів пацієнтів з деменцією наявність і виразність проявів сімейної тривоги залежить від стану психічної сфери, а саме, наявності та інтенсивності клініко-психопатологічної симптоматики адапційних порушень. Родичі з відсутністю ознак психічних порушень (16,9 %) продемонстрували низькі рівні сімейної тривоги та її складових. У переважній більшості обстежених цієї групи ознаки сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості були відсутні. Родичам хворих з деменцією, зі станами дезадаптації, які відповідають Z-кодам МКХ-10 (54,9 %), були притаманні підвищені показники сімейної тривоги та її складових. У більшості обстежених цієї групи були виявлені ознаки сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості. Найгіршими показниками сімейної тривоги характеризувалися родичі хворих з деменцією, у яких були діагностовано розлад адаптації (28,1 %). Показник сімейної тривоги у цій групі був високим, і у переважній більшості обстежених були виявлені виражені ознаки сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості.

Ключові слова: психічна дезадаптація, розлад адаптації, тривога, депресія, сім'я.



Цитуйте українською: Сеславська Є.Л. Феномен сімейної тривоги у родичів пацієнтів з деменцією: наявність, структура, взаємозв'язок зі станом психічної сфери. Медицина сьогодні і завтра. 2024;93(4):58-66. <https://doi.org/10.35339/msz.2024.93.4.ses>

Cite in English: Seslavska YeL. Family anxiety phenomenon in relatives of patients with dementia: presence, structure, interconnection with the state of the mental health. Medicine Today and Tomorrow. 2024;93(4):58-66. <https://doi.org/10.35339/msz.2024.93.4.ses> [in Ukrainian].

Вступ

За даними ВООЗ (2019), деменції увійшли до ТОП-10 причин смерті у світі та посіли 7-ме місце. За останні два десятиліття у світі майже в три рази збільшилась кількість випадків смерті від хвороби Альцгеймера та інших деменцій. Світовий показник років життя, скоригованих за непрацездатністю (англ. DALY, скор. від "Disability-Adjusted Life Year") від дементивних захворювань між 2000 та 2019 роками майже подвоївся. Дані офіційної статистики щодо поширеності деменції в Україні, на жаль, відсутні [1–3].

Деменція є одним з основних факторів, що призводять до обмеження можливостей людей похилого віку, і вона вважається однією з найважчих нозологій, як для самого хворого, так і його сім'ї та суспільства. Медичні витрати на деменцію винятково високі й становлять у США 40 тисяч доларів на рік на одного хворого. Глобальні витрати на деменцію у 2019 році склали 1,3 трильйони доларів США [2]. Основна частина витрат (70 %) спрямована на догляд за хворими. Поведінкові розлади, що супроводжують перебіг деменцій, посилюють економічний і психологічний тягар і становлять труднощі для осіб, які доглядають за пацієнтами [4].

Метою дослідження було вивчення феномену сімейної тривоги родичів пацієнтів з деменцією (як результуючої функціонування сімейної системи), та його взаїмозв'язку з їх психічним станом, для визначення, в подальшому, мішеней лікувальних і реабілітаційних заходів для даного контингенту.

Матеріали в методи

З дотриманням вимог біомедичної етики, викладених і затверджених в наступних документах: Міжнародний кодекс медичної етики (1983 рік), Декларація незалежності та професійної свободи лікаря (1986), Декларація щодо ев-

таназії (1987), Гельсінська декларація (1964) та остання її версія 2008 року, Декларація щодо трансплантації людських органів (1987), Конвенція про права дитини (1989), Амстердамська конвенція щодо прав пацієнтів (1984), Конвенція Ради Європи «Про захист прав та гідності людини в аспекті біомедицини» (1997) [5], було обстежено 153 родича (діти), які спільно проживали та/або здійснювали догляд за пацієнтами з деменцією. Комплексне обстеження включало здійснення клініко-психопатологічного і психодіагностичного досліджень. Клініко-психопатологічне дослідження реалізовували з використанням структурованого інтерв'ю, діагноз встановлювали відповідно до Міжнародної Класифікації Хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), з використанням результатів психометричної оцінки психічного стану обстежених з використанням шкали оцінки психопатологічної симптоматики Derogatis L. SCL-90-R [6], психодіагностичне – за допомогою методики «Аналіз сімейної тривоги» Ейдемільера Е., Юстицькіса В. [7].

На підставі результатів клініко-психопатологічного дослідження усі обстежені особи були розподілені на три групи. До першої групи (Г1) були віднесені 26 родичів, у яких не було виявлено ознак психічних розладів. До другої групи (Г2) були віднесені 84 родича, у яких були наявні ознаки дезадаптивних станів, що були асоційованими з факторами, які впливають на стан здоров'я (коди за МКХ-10 Z63.10 «Проблеми взаємовідносин з батьками та родичами чоловіка чи дружини», Z63.20 «Недостатня підтримка сім'ї», Z63.60 «Залежний член сім'ї, який потребує догляду в домашніх умовах», Z63.70 «Інші стресові життєві події, що впливають на сім'ю та її членів», Z63.80 «Інші уточнені проблеми, пов'язані з найближчим оточенням», Z63.90 «Про-

блема, пов'язана з найближчим оточенням, неуточнена»), що трактувалось нами як наявність психічної дезадаптації. До третьої групи (Г3) були віднесені 43 родича, психічний стан яких відповідав критеріям МКХ-10, розділу F43.2 порушення адаптації. Таким чином, серед обстежених родичів були психічного здорові (16,9 %), особи зі станами психічної дезадаптації (54,9 %) та пацієнти з клінічно окресленим розладом адаптації F43.2 (28,1 %) [6].

Результати та їх обговорення

Кількісний аналіз результатів оцінки сімейної тривоги та її складових у обстеженого контингенту наведено у таблиці 1.

показників за складовими сімейної тривоги наближалися до межового значення у 5 балів, що відповідає наявності ознак сімейної провини, тривожності та напруженості. Так, середнє значення показника сімейної провини у цій групі склало [4,33±2,60] балів, сімейної тривожності – [4,93±4,58] балів, а сімейної напруженості – [4,62±4,59] балів.

Значення показника загального рівня сімейної тривоги у родичів без ознак психічних порушень склало [13,46±5,79] балів, що є близьким до нормального рівня. У родичів, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, цей показник був підвищеним ([17,15±6,79] балів), а у родичів з озна-

Таблиця 1. Кількісні показники за методикою «Аналіз сімейної тривоги» (у балах)

Показник	Група			p		
	Г1 (n=26)	Г2 (n=84)	Г3 (n=43)	1–2	1–3	2–3
Сімейна провина	2,81±3,63	4,33±2,60	5,63±1,79	<0,05	<0,01	<0,01
Сімейна тривожність	2,61±3,48	4,93±4,58	6,51±4,17	<0,05	<0,01	<0,05
Сімейна напруженість	2,35±3,80	4,62±4,59	6,39±3,92	<0,05	<0,01	<0,05
Загальний рівень сімейної тривоги	13,46±5,79	17,15±6,79	20,05±5,78	<0,01	<0,01	<0,01

Аналіз показників сімейної тривоги дозволив встановити, що родичам хворих з деменцією, у яких відсутні ознаки психічних порушень, були притаманні в цілому низькі показники за всіма складовими сімейної тривоги. Так, середнє значення показника сімейної провини у цій групі склало [2,81±3,63] балів, сімейної тривожності – [2,61±3,48] балів, сімейної напруженості – [2,35±3,80] балів.

У родичів хворих з деменцією, у яких були наявні ознаки факторів, що впливають на стан здоров'я, кількісні значен-

ками порушень адаптації – високим ([20,05±5,78] балів).

Розбіжності у значеннях показників сімейної тривоги (складових та результуючого) між усіма дослідженими групами були статистично значущі (рис. 1).

Зазначені закономірності знайшли підтвердження при аналізі розподілу обстежених на групи в залежності від наявності у них ознак сімейної тривоги. Так, у більшості (57,7 %) обстежених Г1 ознак сімейної провини не було виявлено (табл. 2).

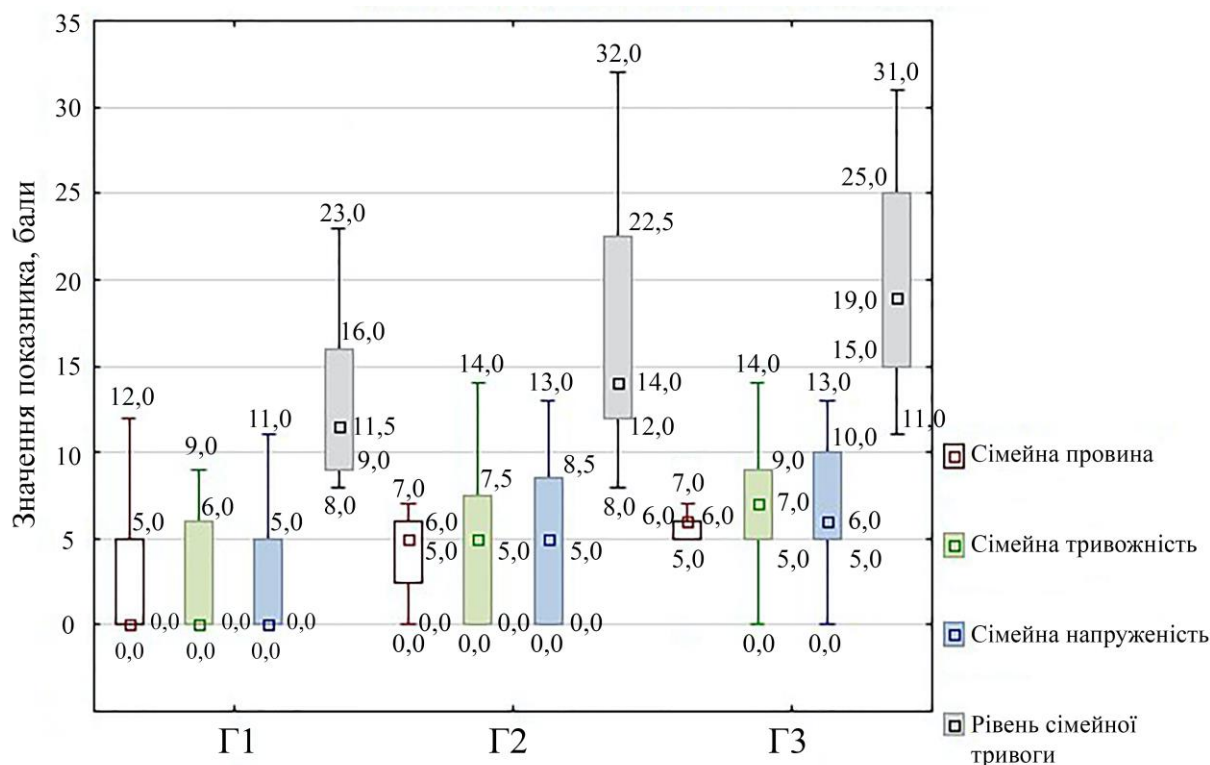


Рис. 1. Показники за методикою «Аналіз сімейної тривоги» у балах (квадратом позначено медіану значень, прямокутниками – міжквартильний діапазон, горизонтальними рисками – граничні значення показників).

Таблиця 2. Розподіл обстежених на групи за наявністю ознак сімейної провини

Варіанти	Г1		Г2		Г3		р		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1–2	1–3	2–3
Ознаки відсутні	15	57,7	21	25,0	3	7,0	<0,01	<0,01	<0,05
Ознаки наявні	11	42,3	63	75,0	40	93,0			
Всього	26	100,0	84	100,0	43	100,0			

Натомість, у трьох чвертей обстежених Г2 і у 93,0 % обстежених Г3 було виявлено підвищення відчуття сімейної провини (рис. 2).

Аналогічно, серед обстежених Г1 переважали особи з відсутністю ознак сімейної тривожності (61,5 %) (табл. 3), тоді як у групах Г2 і Г3 переважали особи з наявністю ознак сімейної три-

вожності (61,9 % і 79,1 % відповідно) (рис. 3). Обстеженим Г1 також була притаманна переважно відсутність ознак сімейної напруженості (69,2 %) (табл. 4), тоді як у Г2 ознаки сімейної напруженості були виявлені більш ніж у половини (56,0 %) обстежених, а у Г3 – у переважної більшості (81,4 %) обстежених (рис. 4).

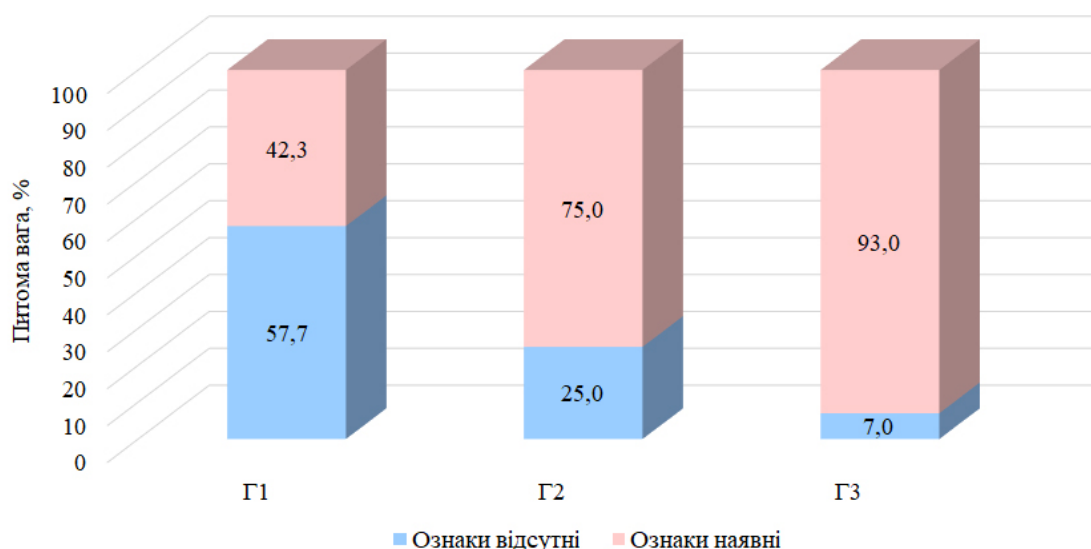


Рис. 2. Розподіл обстежених за наявністю ознак сімейної провину.

Таблиця 3. Розподіл обстежених на групи за наявністю ознак сімейної тривожності

Варіанти	Г1		Г2		Г3		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1-2	1-3	2-3
Ознаки відсутні	16	61,5	32	38,1	9	20,9	<0,05	<0,01	<0,05
Ознаки наявні	10	38,5	52	61,9	34	79,1			
Всього	26	100,0	84	100,0	43	100,0			

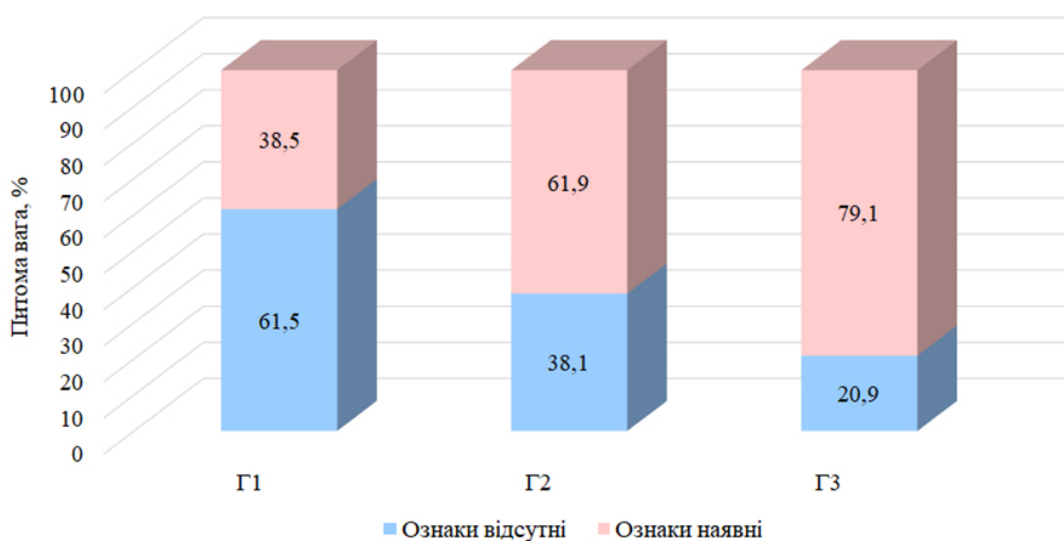


Рис. 3. Розподіл обстежених за наявністю ознак сімейної тривожності.

Таблиця 4. Розподіл обстежених на групи за наявністю ознак сімейної напруженості

Варіанти	Г1		Г2		Г3		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1-2	1-3	2-3
Ознаки відсутні	18	69,2	37	44,0	8	18,6	<0,05	<0,01	<0,01
Ознаки наявні	8	30,8	47	56,0	35	81,4			
Всього	26	100,0	84	100,0	43	100,0			

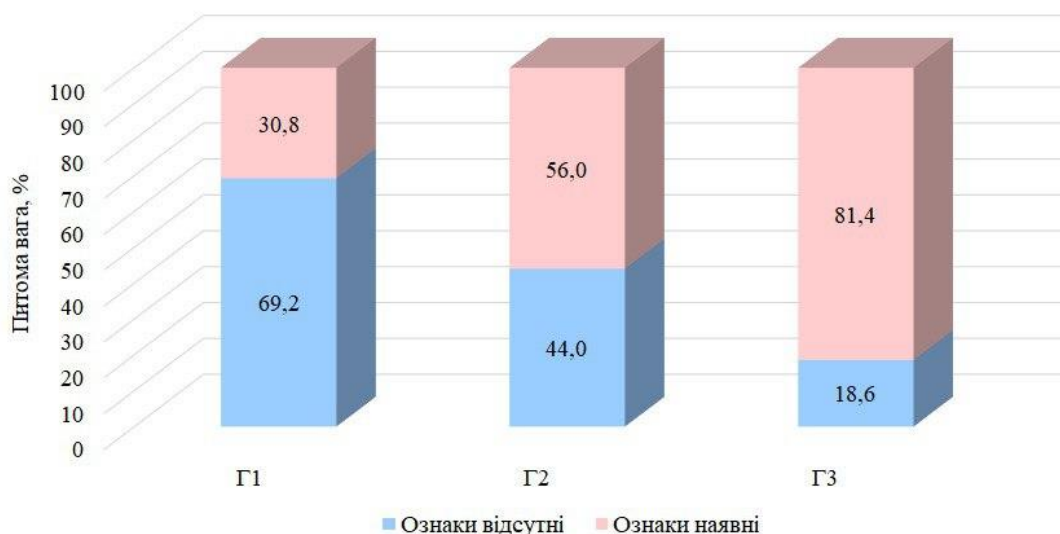


Рис. 4. Розподіл обстежених за наявністю ознак сімейної напруженості.

Загалом, ознаки сімейної тривоги за підсумковим показником були виявлені у 30,8 % обстежених Г1 (табл. 5), у 57,1 % обстежених Г2, і у 88,4 % обстежених Г3 (рис. 5). Нами також були проаналізовані особливості кореляцій-

них зв'язків показників сімейної тривоги та виразності психопатологічної симптоматики за даними опитувальника Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R. Результати кореляційного аналізу наведено на рис. 6.

Таблиця 5. Розподіл обстежених на групи за наявністю ознак сімейної тривоги

Варіанти	Г1		Г2		Г3		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1-2	1-3	2-3
Ознаки відсутні	18	69,2	36	42,9	5	11,6	<0,05	<0,01	<0,01
Ознаки наявні	8	30,8	48	57,1	38	88,4			
Всього	26	100,0	84	100,0	43	100,0			

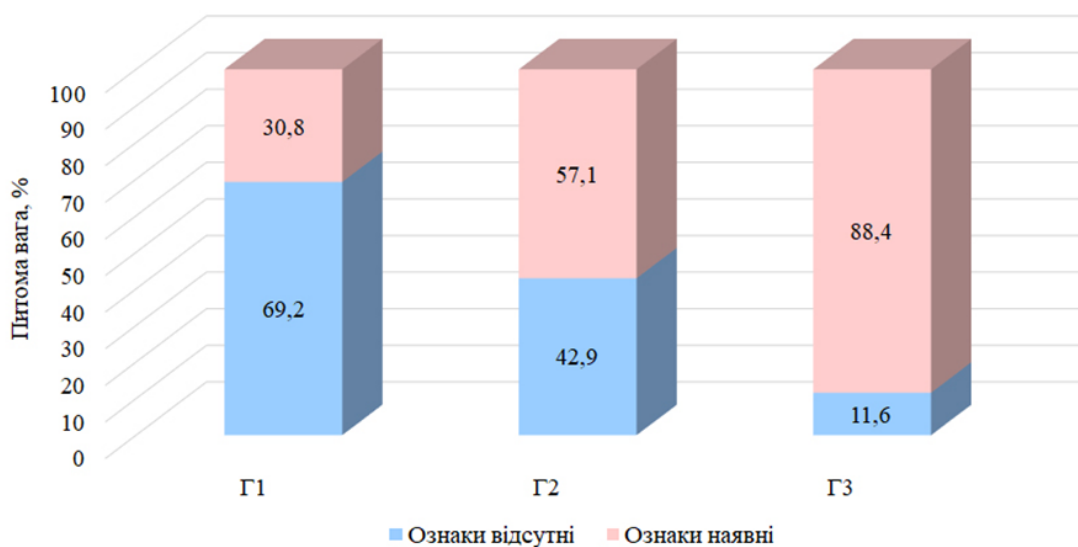


Рис. 5. Розподіл обстежених за наявністю ознак сімейної тривоги.

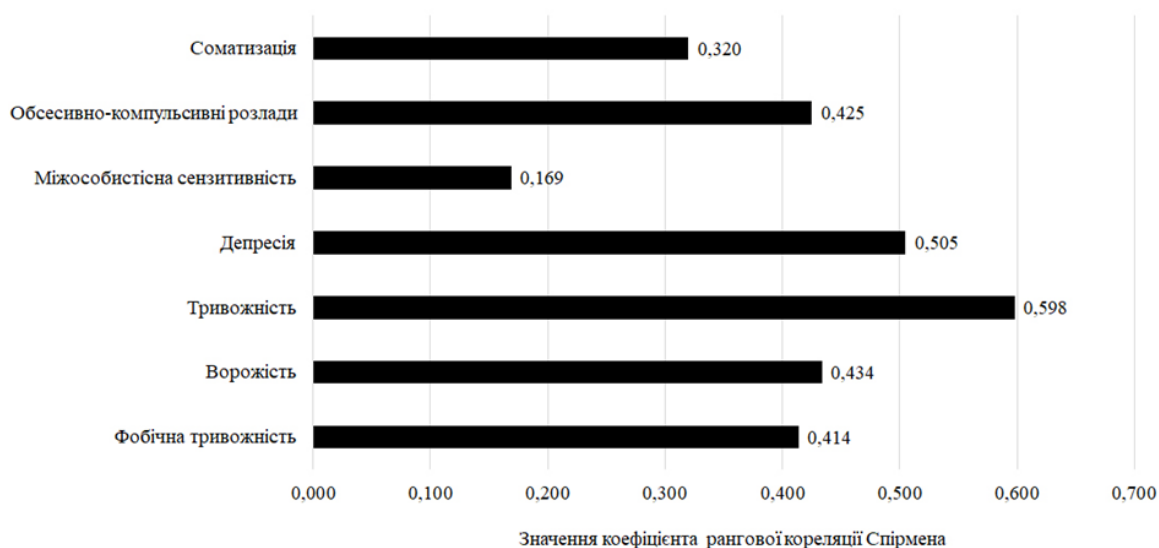


Рис. 6. Результати однофакторного непараметричного кореляційного аналізу зв'язків між показником сімейної тривоги та показниками виразності психопатологічної симптоматики за опитувальником SCL-90-R (наведено значущі ($p < 0,05$) значення коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена).

Як видно з рис. 6, найбільш тісні кореляції результуючого показника сімейної тривоги були виявлені з показниками тривоги ($r_s=0,598$) і депресії ($r_s=0,505$). Прямі кореляції помірної сили (значення коефіцієнта рангової кореляції

від 0,3 до 0,7) були також виявлені з показниками ворожості ($r_s=0,434$), обсесивно-компульсивних розладів ($r_s=0,425$) та фобічної тривожності ($r_s=0,414$); слабкі значущі кореляції – з показником міжособистісної сенситивності ($r_s=0,169$).

Висновки

Таким чином, встановлено, що у родичів пацієнтів з деменцією наявність і виразність проявів сімейної тривоги залежить від стану психічної сфери, а саме, наявності та інтенсивності клініко-психопатологічної симптоматики адаптаційних порушень.

Так, родичі з відсутністю ознак психічних порушень продемонстрували низькі рівні сімейної тривоги та її складових; у переважної більшості обстежених цієї групи ознаки сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості були відсутні.

Родичам хворих з деменцією, зі станами дезадаптації, які не доходять до клінічно окресленого рівню і відповідають Z-кодам МКХ-10, були притаманні підвищені показники сімейної тривоги та її складових. У більшості обстежених

цієї групи були виявлені ознаки сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості.

Найгіршими показниками сімейної тривоги характеризувалися родичі хворих з деменцією, у яких були виявлені ознаки порушень адаптації. Показник сімейної тривоги у цій групі був високим, і у переважної більшості обстежених були виявлені ознаки сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості.

Питання щодо первинності/вторинності даних феноменів потребує подальшого вивчення.

Виявлені закономірності слід враховувати при плануванні лікувальних та реабілітаційних заходів для родичів хворих на деменцію.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*. 2022;7(2):e105-25. DOI: 10.1016/S2468-2667(21)00249-8. PMID: 34998485.
2. Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021. 252 p. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033245>
3. The Global Dementia Observatory Reference Guide. Version 1.1. Geneva: World Health Organization; 2018. 74 p. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272669/WHO-MSD-MER-18.1-eng.pdf>
4. Марута НО, Мудренко ІГ, Каленська ГЮ, Денисенко ММ. Суїцидальна поведінка у хворих із деменціями. *Український вісник психоневрології*. 2020;28(4(105)):4-12. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2020_28_4_3
5. Мельник ВМ. Етичні та правові аспекти наукових досліджень та випробувань лікарських засобів. *Український хіміотерапевтичний журнал*. 2002;13(1):11-5. Доступно на: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/uhj/02/pdf02-1/11.pdf>
6. Огоренко ВВ, Сеславська ЄЛ. Клініко-психопатологічний аналіз стану психічної сфери у родичів пацієнтів з деменцією. *Український вісник психоневрології*. 2024;32(2(119)):53-60.
7. Ісаков Р. Аналіз сімейної тривоги в жінок із депресивними розладами різного генезу і макро-, мезо- та мікросоціальною дезадаптацією різної вираженості. *Медицина сьогодні і завтра*. 2020;84(3):61-9. DOI: 10.35339/msz.2019.84.03.10.

Seslavska Ye.L.

FAMILY ANXIETY PHENOMENON IN RELATIVES OF PATIENTS WITH DEMENTIA: PRESENCE, STRUCTURE, INTERCONNECTION WITH THE STATE OF THE MENTAL HEALTH

The purpose of the research was to study the phenomenon of family anxiety of patients with dementia (as the resulting functioning of the family system), and its interconnection with their mental state, to determine, subsequently, targets of therapeutic and rehabilitation measures for this contingent. 153 relatives (children) who lived and/or care for patients with dementia were examined. A comprehensive examination included clinical-psychopathological and psychodiagnostic research. Clinical and psychopathological research was supplemented by the results of the use of the scale of the psychopathological symptomatology of Derogatis L. SCL-90-R, psychodiagnostic was carried out using the method of "analysis of family anxiety" by Edemilery E., Justitskis V. As a result of the study and the study of patients with detention. The severity of manifestations of family anxiety depends on the state of the mental sphere, namely, the presence and intensity of clinical and psychopathological symptoms of adaptation disorders. Relatives with a lack of signs of mental disorders (16.9 %) demonstrated low levels of family anxiety and its components. In most persons of the surveyed group, the signs of family guilt, family anxiety and family tension were absent. Relatives of patients with dementia, with states of maladaptation that correspond to Z-codes ICD-10 (54.9 %), have increased rates of family anxiety and its components. Most of the surveyed groups showed signs of family guilt, family anxiety and family tension. The worst indicators of family anxiety were characterized by relatives of patients with dementia, who were diagnosed with adaptation disorders (28.1 %). Family anxiety in this group was high, and the vast majority of the surveyed revealed pronounced signs of family guilt, family anxiety and family tension. The identified patterns should be considered for planning medical and rehabilitation measures for relatives of dementia patients.

Keywords: *mental maladaptation, adaptation disorders, anxiety, depression, family.*

Надійшла до редакції 06.12.2024

Прийнята до друку 31.12.2024

Опублікована 31.12.2024

Відомості про автора

Сеславська Євгенія Леонідівна – аспірант кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Дніпровського державного медичного університету, Україна; лікар-психіатр Центру психіатричної допомоги дитячому та дорослому населенню Комунального некомерційного підприємства «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги» Дніпровської міської ради, Україна.

Поштова адреса: Україна, 49045, м. Дніпро, вул. Полігонна, буд. 10.

E-mail: docyevgeniya@gmail.com

ORCID: 0000-0003-2732-8340.